

LES TROUBLES COGNITIFS au cours de la Sclérose en Plaques

Pr. Bruno BROCHET,
Neurologue - Bordeaux

Membre du comité médico-scientifique de l'ARSEP.

Mars 2008

Les **troubles cognitifs** concernent 40 à 60% des patients atteints de Sclérose en Plaques. Ils sont présents dès le début de la maladie, sont généralement **plus sévères dans les formes progressives** que dans les formes évoluant par poussées et semblent se développer plus rapidement que les troubles moteurs.

Le langage, si l'on ne considère pas son flux, et la mémoire immédiate sont généralement épargnés. En revanche, la rapidité dans le traitement de l'information, la mémoire de travail, l'attention, les fonctions exécutives telles que la conceptualisation des données, l'organisation de stratégie, la planification ou la réalisation de plusieurs tâches en même temps et la mémoire à long terme sont souvent affectées au cours de la SEP.

Les études menées sur les corrélations éventuelles entre le handicap physique, la durée de la maladie et l'atteinte cognitive ont des résultats contradictoires. Cette divergence est probablement due à des différences méthodologiques. Toutefois, les dernières données semblent établir un lien entre l'atteinte cognitive et la sévérité de la maladie mesurée par le handicap physique.

Au stade de la première poussée (1^{er} évènement démyélinisant suggestif d'une SEP), les troubles cognitifs présents sont généralement limités et correspondent à des atteintes focalisées : atteinte précoce de l'attention et de la vitesse dans le traitement de l'information, atteinte isolée de la mémoire de travail.

Dans **les formes rémittentes ou secondairement progressives**, l'atteinte est multifocale et engendre des troubles de l'attention, de la mémoire de travail, de la conceptualisation et de la vitesse dans le traitement de l'information.

Les troubles cognitifs dans la **forme primaire progressive** sont fréquents et ont une ampleur plus importante que dans les formes secondairement progressives. Ils sont caractérisés par une atteinte de la vitesse dans le traitement de l'information, la mémoire de travail, l'attention et la flexibilité d'analyse. Ceci est probablement dû à une atteinte diffuse du cerveau et à une importante démyélinisation.

Les différentes études réalisées **en imagerie** montrent une corrélation plus importante entre la destruction diffuse en dehors des lésions cérébrales et l'atteinte cognitive qu'entre les lésions du tissu et les déficits cognitifs. L'atteinte diffuse au niveau du cerveau contribue à ces troubles, probablement en interrompant la communication entre les neurones impliqués dans les différentes fonctions cérébrales.

Des **phénomènes de compensation** sont possibles au début mais peuvent être ensuite limités par l'étendue de l'atteinte lésionnelle et par la complexité des tâches demandées. Par ailleurs, certaines études ont mis en avant que le niveau d'éducation des patients influence leur capacité de compensation cognitive aux stades précoces de la maladie. Quant à l'entraînement cognitif régulier, il permet d'établir un équilibre entre l'atteinte diffuse et la capacité de compensation, tout au moins dans les premiers stades de la maladie.

Il est important de **dépister ces déficits cognitifs** dès les premiers stades de la maladie. L'atteinte cognitive peut altérer la perception du patient de la qualité de vie. Ces troubles peuvent avoir un impact important sur le maintien de la personne au travail ou sur son autonomie. Cette détection fait appel à un ensemble de tests qui doivent, en outre, explorer la vitesse de transmission de l'information, l'attention, la mémoire de travail, la mémoire à long terme et la fluidité du langage. Il faut y associer une évaluation de l'anxiété et de la dépression. L'analyse des troubles cognitifs permettra de confirmer ou d'infirmer la plainte du patient et peut aider à une meilleure prise en compte et prise en charge: ajustement des traitements de fonds, mise en place de thérapies médicamenteuses ou rééducatives et, éventuellement, une réorientation professionnelle.

D'après l'article issu de la Revue Neurologique (Paris), 2007 ; 163 : 6-7, 697-702, et les Journées internationales de la Société Française de Neurologie, Paris Juin 2007.

PRISE EN CHARGE des troubles cognitifs au cours de la Sclérose en Plaques.

Pr. Gilles DEFER,
Neurologue - Caen
Membre du comité médico-scientifique de l'ARSEP.

La **prise en charge des troubles cognitifs** dans la Sclérose en Plaques est un **concept assez nouveau** dans la prise en charge globale de la maladie.

Elle se fera en **plusieurs étapes** : (1) **identifier cliniquement les déficits cognitifs** éventuels lors d'un interrogatoire mené auprès du patient, même si celui-ci ne se plaint pas, et de son entourage ; (2) **réaliser des tests psychométriques** plus ou moins complexes qui permettront d'évaluer la nature et l'importance des déficits cognitifs. Ces tests, réalisés dans les services de neurologie, explorent les différents domaines des fonctions intellectuelles et notamment les troubles de la mémoire, de l'attention et du langage. Ils permettent de caractériser, voire de dépister, les dysfonctionnements et de vérifier que les difficultés rencontrées par la personne atteinte de SEP relèvent bien de troubles cognitifs et non d'une dépression ou d'une fatigue. En effet, ces deux facteurs peuvent influencer les résultats des tests et il est indispensable d'en tenir compte dans l'interprétation des résultats obtenus.

Cette faculté à dépister les troubles cognitifs chez les personnes atteintes de SEP **doit ensuite conduire à des propositions de prise en charge.**

En cas de dépression ou de fatigue intense, la première étape consiste à traiter ces symptômes, ce qui devrait contribuer à une amélioration des difficultés intellectuelles. Si le patient exerce une activité professionnelle, il faudra évaluer le retentissement de ces troubles pour proposer une réorganisation du poste de travail ou éventuellement une réorientation professionnelle. Ensuite, des **solutions médicamenteuses** ou de **rééducation cognitive** pourront être proposées.

A ce jour, les études réalisées sur les **effets potentiels des traitements de fond** utilisés dans la SEP (immunosuppresseurs ou immunomodulateurs) donnent des résultats contradictoires. Il est impossible de conclure formellement quant au rôle que ces traitements pourraient avoir sur l'amélioration voire sur la stabilisation des troubles cognitifs.

Des **traitements symptomatiques** des déficits cognitifs et dont l'action est de maintenir la capacité des neurones à transmettre les impulsions nerveuses en bloquant une molécule spécifique (la cholinestérase) sont utilisés dans la SEP. Ils montrent un effet positif sur la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives indépendamment de l'âge, du sexe ou du niveau d'éducation.

De **nouvelles thérapeutiques** déjà utilisées dans d'autres affections neuro-dégénératives et ayant donné des résultats encourageants sont actuellement testées dans le cadre spécifique de la SEP. Elles ont une action ciblée au niveau des structures cérébrales et de la barrière hémato-encéphalique.

La **prise en charge neuropsychologique** dans les maladies dégénératives, en particulier dans la SEP, s'est largement développée ces dernières années sous forme d'ateliers de stimulation cognitive ou de programmes informatisés d'entraînement. Cependant, il n'existe pas encore à ce jour de spécificité à la SEP même si l'expérience acquise dans d'autres pathologies permet d'établir une base de travail. Des adaptations concernant la durée et la fréquence des séances, les domaines travaillés sont nécessaires afin d'optimiser leur efficacité. Le soin peut être individuel ou en groupe, standardisé ou personnalisé. Toutefois, les différents exercices doivent porter sur les déficits les plus fréquemment rapportés dans la SEP : attention, vitesse de traitement de l'information, fluidité du langage, mémoire, Ce type de prise en charge permet aux patients d'avoir une meilleure connaissance de leurs troubles cognitifs et d'appréhender les moyens de les combattre, y compris en dehors des séances de rééducation. Cette approche les conduit à une amélioration de leurs capacités mentales et à une meilleure estime de soi.

En conclusion, la thérapie des troubles cognitifs dans la SEP comporte de **réelles perspectives** tant sur le plan médicamenteux, notamment par le développement de nouveaux traitements symptomatiques, que sur le plan de la rééducation cognitive avec l'utilisation de nouvelles technologies. Cependant, il faut poursuivre la recherche sur la compréhension des mécanismes qui conduisent à ces déficits cognitifs ainsi que sur les phénomènes précoces de compensation qui sont observés chez certains patients. Ces données seront déterminantes pour permettre un développement rapide de nouvelles thérapeutiques.

*D'après l'article issu de la Revue Neurologique (Paris), 2007 ; 163 : 6-7, 703-710,
et les Journées internationales de la Société Française de Neurologie, Paris Juin 2007.*

Informations recueillies par E. Plassart-Schiess, responsable de l'information scientifique ARSEP